

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO A MÓDULO DE TRASPLANTE CARDÍACO

FECHA : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ Edad: ___ años ___ meses ___ días

Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

Procedimiento: a coordinar: Fecha de coordinación: ___/___/___

ya realizado: Fecha de realización: ___/___/___

Motivo por el cual se realizó antes de solicitar autorización: _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar de acuerdo a la edad del paciente)

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

1 - CARDIOVASCULARES

Si No

Cardiopatía isquémica

Cardiopatía valvular

Enfermedad vascular periférica

Insuficiencia cardíaca

Clase funcional NYHA: 1 2 3 4

Muerte súbita

Arritmias

TV

FV

FA

BAV II / III

Otras

Síncope

Cardiopatía congénita

Tipo _____

Otros _____

2 - INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES PREVIAS

Si No

Cateterismo cardíaco:

Diagnóstico

Intervencionista

Valvuloplastia:

Aórtica

Pulmonar

Otra

Angioplastia coronaria

Cirugía cardíaca:

By-pass coronario

Valvular

Otra

Intervención cardiopatía congénita.

Trasplante cardíaco

Marcapaso

Cardiodesfibrilador

Resincronizador

Otro procedimiento

Observaciones: _____

3 - ANTECEDENTES GENERALES

Si No

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Síndrome de apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Hepatopatía | <input type="checkbox"/> Chagas |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la crisis | <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia | <input type="checkbox"/> ACV | <input type="checkbox"/> Otros |

Primer diagnóstico de falla cardíaca dentro de los últimos 18 meses? Si No

Internaciones por falla cardíaca en el último año? Si No

Soporte familiar? Si No

4 - FACTORES DE RIESGO VASCULAR

Si No

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Tabaquismo previo | <input type="checkbox"/> Dislipemia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes-> <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Tabaquismo actual | <input type="checkbox"/> AF coronarios y/o muerte súbita < 55 años |

5 - DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actividad irrestricta | <input type="checkbox"/> Actividad muy limitada |
| <input type="checkbox"/> Actividad normal con limitaciones | <input type="checkbox"/> Incapacidad de cuidarse |

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Llenar sólo lo referente al último mes

Insuficiencia cardíaca congestiva Clase funcional NYHA: 1 2 3 4

Inestabilidad hemodinámica

Inotrópicos i/v

Dolor anginoso estable

Dolor anginoso inestable

Arritmia

Fibrilación/flutter auricular

Flutter/taquicardia ventricular

Bradicardia

Bloqueo cardíaco → marcapaso

Muerte súbita

Fibrilación ventricular

PCR

Otras _____

ARM

Shock cardiogénico

BIAC

Taponamiento cardíaco

Síncope

Hipoperfusión periférica

Ausencia de pulsos

Hipertensión pulmonar

Hipertensión arterial sistémica

Crisis de cianosis

Cianótico

Presión arterial sistólica habitual en reposo: ___ ___ mmHg

Peso _____ kg Altura _____ cm IMC: _____

Saturación de oxígeno _____ %

ESTUDIOS REALIZADOS

PARACLÍNICA La información volcada en esta parte del formulario debe venir acompañada del informe del estudio realizado.

ECG SI NO Fecha ___/___/___

- Cicatriz de infarto
- QT largo
- Brugada
- HVI
- TV no sostenida
- BAV II / III
- Otros

Ancho de QRS _____ ms

EXÁMENES RECIENTES SI NO

Natremia (meq/l) _____
Creatinimemia(mg/dl) _____,
Bilirrubina total (mg/dl): _____,
Albúmina (gr/l): _____

ESTUDIOS FUNC. DE ISQUEMIA SI NO

- Positivos para isquemia
- Negativos para isquemia
- Dudoso

CATETERISMO CARDÍACO IZQ. SI NO

FEVI _____ % Fecha ___/___/___

- Coronarias normales
- Lesiones coronarias signif. No revascularizables
- Puente ocluído
- Lesiones coronarias signif. Revascularizables

ECOCARDIOGRAMA SI NO

Fecha ___/___/___

FEVI _____% FEVD _____%

- Alteraciones segmentarias
- Dilatación del VI
 - Dilatación final del VI _____mm
 - Sístole final del VI _____mm
- Estenosis aórtica
- Insuficiencia aórtica
- Estenosis mitral
- Insuficiencia mitral
- Insuficiencia tricuspídea
- Estenosis pulmonar
- Patrón restrictivo
- Disfunción diastólica del V. Izquierdo
- Hipertrofia de ventrículo izquierdo
- Dilatación de ventrículo derecho
- Disfunción diastólica del V. Derecho
- Hipertrofia del V. Derecho
- Otras alteraciones

Medición de PSAP? NO SI
Vaor _____ mmHg

MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el médico tratante por un período mayor a un mes

- B BLOQUEANTES
- ANTIHIPERTENSIVOS
 - IECA
 - Calcioantagonistas
 - ARA II
 - Hidralazina
- ANTIANGINOSOS
 - Nitratos
- ANTIARRITMICOS
 - Amiodarona
- CARDIOTÓNICOS
 - Digoxina
- ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS
 - AAS
 - Tienopiridinas
- ESTATINAS
- INSULINA
- TRATAMIENTO PARA HIPERTENSIÓN PULMONAR
 - Inhibidores de la fosfodiesterasa 5
- DIURÉTICOS
 - Antialdosterónicos
 - De asa
 - Tiazídicos
- Otra _____

DIAGNÓSTICO

AFECCIÓN MIOCÁRDICA PRIMARIA NO SI

- Miocardiopatía hipertrófica
- Miocardiopatía dilatada no isquémica
- Miocardiopatía restrictiva infiltrativa
- Miocardiopatía restrictiva no infiltrativa o por depósito
- Otra afección miocárdica primaria

CARDIOMIOPATÍA DILATADA ISQUÉMICA NO SI

CARDIOMIOPATÍA VALVULAR NO SI

CARDIOPATÍA CONGÉNITA NO SI

Especificar: _____

PERICARDIO NO SI

- Pericarditis constrictiva

FALLA TRASPLANTE PREVIO NO SI

OTRO DIAGNÓSTICO NO SI

Especificar: _____

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Ingreso a módulo pre-Trasplante cardíaco

Observaciones: _____

INGRESO POR SISTEMA